

障がい者委託訓練カリキュラム

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|----------------------|------------|------|--|----|------|--|----|
| 訓練科目名 | | | | 訓練区分 | デュアルシステム訓練 | | | | | | |
| 訓練期間(年間定員) | | 4か月 (名) | | | | | | | | | |
| 対象障がい種別 | | 身体（上下肢及び内部・視覚・聴覚）・知的・精神・その他（ ） | | | | | | | | | |
| 訓練受講者の条件 | | | | | | | | | | | |
| 訓練目標 | | | | | | | | | | | |
| 仕上がり像 | | | | | | | | | | | |
| 訓練内容 | 職業能力講座 | 科目 | | 科目の内容 | | 時間 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | 12時間以上設定すること | | 職業能力講座については____日間で実施 | | | | | | | |
| | 専門科目 | 安全衛生 | | | | 3 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 就職支援 | | | | | | | | | | |
| | | ※24時間以上設定すること | | | | | | | | | |
| | 集合訓練（専門科目・就職支援）については__か月で実施 | | | | | | | | | | |
| | 職場実習 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| ※60時間以上設定すること | | 職場実習については1か月で実施 | | | | | | | | | |
| 訓練時間総合計 | | | | | | 時間 | | | | | |
| 職業能力講座 | | 時間 | 専門科目 | | 時間 | 就職支援 | | 時間 | 職場実習 | | 時間 |
| 訓練休講曜日 | | | 原則として 土・日・祝日 | | | | | | | | |

※A4版片面1枚に収めること